FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

370

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PRÉSENTÉE PAR

PAR

Georges MERLE

Né à Clamecy (Nièvre), le 8 janvier 1904

Contribution à l'étude des Hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale, non tubaire

Président : M. Lecène, professeur

EDITION

DE LA

REVUE DE PATHOLOGIE COMPARÉE ET D'HYGIENE GÉNÉRALE

7, rue Gustave-Nadaud, 7

PARIS (16e)

1929

370

Contribution à l'étude des Hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale, non tubaire

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PRÉSENTÉE PAR

PAR

Georges MERLE

Né à Clamecy (Nièvre), le 8 janvier 1904

Contribution à l'étude des Hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale, non tubaire

Président : M. Lecène, professeur

EDITION

DE LA

REVUE DE PATHOLOGIE COMPARÉE ET D'HYGIÈNE GÉNÉRALE

7, rue Gustave-Nadaud, 7

PARIS (16e)

—

1929

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

LE DOYEN : M. ROGER

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirugicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturele médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. N...
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOUBBIT.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.

Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	BRANCA.
—	MAUCLAIRE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiâtrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

HOVELACQUE	Anatomie
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (Fernand) ..	Pharmacologie.
METZER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
OLIVIER	Anatomie

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Physique.
ZIMMERN	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE ...	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, Professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBART	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Témoignage de mon affection et
de ma grande reconnaissance

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur Paul LECÈNE

Professeur de Pathologie externe

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis

Officier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

A NOTRE MAITRE

M. LE DOCTEUR ROBERT MONOD

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Qui nous a fourni le sujet de cette thèse, et nous a aidé de ses conseils; qu'il veuille bien accepter ici le témoignage de notre gratitude et de notre respectueux attachement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

1922-1923	M. le Professeur SERGENT M. le Professeur DUVAL. . .....
1923-1924	M. le Docteur BABONNEIX M. le Docteur AUVRAY.
1924-1925	M. le Docteur Louis RAMOND.

Externat

1925	M. le Professeur DUVAL.
1926	M. le Docteur LAIGNEL-LEVASTINE. M. le Professeur BRINDEAU.
1927	M. le Docteur MILIAN, M. le Docteur LAUBRY.
1928	M. le Docteur LAPOINTE, M. le Docteur Robert MONOD.
1929	M. le Prof^r-agrégé HEITZ-BOYER.

A MM. les Docteurs RICHARD, chirurgien des hôpitaux,
AMELINE, LELONG, chefs de clinique,
MARTIN, Robert LÉVY, interne des hôpitaux,

dont l'enseignement et la bienveillance m'ont été une aide précieuse au cours de mes études.

Introduction (1)

A l'occasion d'une observation inédite et récente d'inondation péritonéale sans grossesse tubaire, il nous a paru intéressant de rechercher les récents cas publiés, d'accidents hémorragiques analogues d'origine génitale, et indépendants des altérations de la trompe gravide.

Il n'est nullement question dans ce travail, d'essayer d'ébranler la pathogénie habituelle des épanchements sanguins intrapéritonéaux. Les conclusions développées par CESTAU en 1894, dans sa thèse restée classique, gardent dans l'ensemble leur valeur. Ce sont toujours celles qu'on doit, à l'occasion, avoir avant tout présentes à l'esprit.

Cependant, il n'est peut-être pas sans intérêt pour le praticien de connaître un ensemble de faits étayés par des observations de publication plus fréquente en ces dernières années, tant en France qu'à l'étranger. A leur étude, la

(1) Ce mémoire était complètement rédigé, lorsqu'a été soutenue, par M. BESANÇON, une thèse sur « l'Inondation péritonéale et l'Hématocèle, en dehors de la Grossesse Extra-Utérine (Paris 1929).

grossesse tubaire perd ce rôle exclusif qu'une conception trop absolue pouvait lui faire attribuer. Et FORGUE et MASSABUAU (in Le DENTU et DELBET, Traité de Chirurgie 1927, Gynécologie), insistant sur « ces facteurs étiologiques dont les classiques ont trop diminué l'importance » estiment qu'ils doivent désormais trouver leur place « dans une étude clinique rigoureuse ».

Sans doute, sur le seul terrain clinique, la différenciation est à peu près impossible, en dehors de quelques cas exceptionnels, où l'interprétation des faits reste délicate. C'est l'examen des organes au cours et à la suite de l'intervention, qui a surtout aidé à l'individualisation de ces cas rares qui nous occupent.

Sans doute, la thérapeutique reste, dans l'ensemble, avec son caractère chirurgical et ses indications d'urgence, celle de la rupture ou de l'avortement tubaire.

Mais il semble utile, au double point de vue scientifique et social, d'éviter une interprétation erronée ou fâcheuse des faits et de savoir que :

D'une part, une hémorragie intrapéritonéale n'est pas fatalement la manifestation d'une grossesse ectopique ;

D'autre part, une grossesse ectopique compliquée d'hémorragie, n'est pas forcément tubaire.

Nous aurons donc en vue, dans cette étude, sans préjuger de leur importance quantitative, ni de leur stade anatomo-pathologique, tous les accidents hémorragiques pelviens ou abdomino-pelviens, liés à des lésions génitales non tubaires,

et en dehors des lésions traumatiques d'origine externe ou obstétricale.

Ainsi envisagées, ces hémorragies ont trois origines possibles :

Péritonéale : elle est très douteuse, au moins exceptionnelle,

Utérine : elle est rare,

Ovarienne : c'est la plus fréquente

I. — ORIGINE PÉRITONÉALE

Aucun fait récent n'autorise la réhabilitation des vieilles théories de l'origine péritonéale de certaines hématocèles (théories de l'exhalaison sanguine aiguë du péritoine, de la pachy-péritonite hémorragique).

CHURCHMANN a bien publié, assez récemment, sous le titre « d'hémorragie intrapéritonéale spontanée » (Obs. I) un cas qu'il considère comme très rare, peut-être unique. Mais il n'ose lui-même invoquer la péritonite, et conclut à la probabilité d'une crase sanguine.

L'intérêt de ces théories anciennes paraît donc définitivement historique.

II. — ORIGINE UTÉRINE

C'est une éventualité très rare. Trois mécanismes ont pu être invoqués :

1° *La rupture des veines variqueuses du plexus ovarien.*

Anciennement, DEVALZ (Thèse de Paris 1858) sous l'inspiration de RICHET, avait affirmé, avec des arguments purement théoriques, l'importance de ce mécanisme. Pour trouver un cas probant, vérifié anatomiquement, il faut arriver à l'observation publiée en 1909 par COOK HIRST (Obs. II). Plus récemment, BONNEAU (1) a rapporté un cas analogue.

Mais il s'agit là de faits absolument exceptionnels, avec lesquels, pratiquement, on n'aura pas à compter.

2° *Le reflux du sang dans le péritoine dans les cas de rétention des règles.*

Beaucoup d'auteurs anciens (ARAN, BERNUTZ, GUÉRIN, TROUSSEAU) admettaient la possibilité de reflux par les

(1) Inondation péritonéale par rupture spontanée d'une veine utéro-ovarienne. (*Presse Médicale* 1913, p. 236).

trompes, du sang menstruel, sous une influence perturbatrice quelconque.

En pratique, les cas cliniquement constatables sont ceux où il existe un rétrécissement congénital ou acquis du col utérin (Obs. III), ou un obstacle sur les voies génitales inférieures, tel qu'une imperforation de l'hymen ((Obs. IV).

Dans la plupart des cas, d'ailleurs, ce ne sont pas les troubles causés par la présence de l'épanchement dans le péritoine qui commandent l'intervention. Il est possible, cependant, que l'étendue de la tuméfaction intra-péritonéale, et l'intensité de la réaction séreuse exigent par elles-mêmes un traitement chirurgical.

3° *Les hémorragies, complication des fibro-myomes utérins.*

C'est une éventualité rare, mais incontestable (Obs. de WALLACE, BRUNNER, TÉDENAT, TARTANSON).

Cliniquement, le tableau est d'un intérêt tout différent, selon que le fibrome est connu et diagnostiqué, ou au contraire, ignoré. Dans le premier cas, les accidents sont volontiers rapportés à leur cause. Ils perdent leur individualité, rentrant dans l'étude des fibromes compliqués. Dans le deuxième cas, au contraire, l'hémorragie paraît constituer toute la maladie ; la difficulté consistera à en préciser la cause. Exceptionnellement, l'interrogatoire pourrait orienter vers le diagnostic étiologique, lorsqu'il s'agit de malades sans signes de grossesse dysménorreiques anciennes, aux règles non seulement persistantes mais plus abondantes depuis quelque temps.

Le plus souvent, c'est l'examen pratiqué un peu après l'amélioration des signes aigus initiaux qui permettra de découvrir la tumeur, généralement assez volumineuse (Obs. V). Encore ne sera-t-il pas toujours facile d'établir sa nature fibromateuse ; et dans ces cas, c'est l'intervention seule qui précisera l'origine des accidents (Obs. VI-VII).

Elle montre en même temps les lésions en cause : Le tissu myomateux, lui-même si peu vascularisé, est le siège de troubles vasculaires très accentués, au niveau de ses surfaces, qui sont parcourues par un réseau veineux riche et fragile. Et c'est la rupture d'un de ces vaisseaux superficiels que nous avons retrouvée à l'origine des différents cas dont nous rapportons l'observation. Cependant, on a décrit des lésions plus diffuses : l'hémorragie peut se faire en nappe, par extravasation à travers les parois dilatées des vaisseaux — notamment dans les cas de torsion d'un noyau fibromateux autour de son pédicule. D'autre part, on a pu voir une hémorragie formée par la rupture des adhérences inflammatoires que certains fibromes contractent avec les organes de voisinage.

Le traitement s'attaquera à la cause, en même temps qu'à ses effets. On pratiquera une hysterectomie, de préférence subtotale.

Dans l'ensemble, le pronostic serait assez sombre. WALLACE, dans son rapport au Congrès de l'Association Médicale Britannique, en 1911, estimait à 31 % la proportion des décès.

Mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit, là encore, de faits d'observation peu fréquente. Il faut arriver au chapitre suivant pour étudier la source la plus fréquente, après la trompe gravide, des hémorragies abdomino-pelviennes.

III. — ORIGINE OVARIENNE

Dans l'étude qui nous occupe, c'est à elle que nous accorderons la place la plus large. Tantôt l'hémorragie survient en dehors de tout état gravide, tantôt elle complique une grossesse ovarienne dont elle arrête l'évolution. La distinction entre ces deux ordres de faits exige un examen approfondi de l'organe enlevé à l'intervention. Rarement, on constate des caractères macroscopiques évidents : présence d'un fœtus ou de placenta (encore, ces caractères sont-ils trompeurs. Obs. XX-XXIII). Le plus souvent, l'examen histologique est indispensable.

Nous étudierons successivement :

— Les hémorragies de la grossesse ovarienne.

— Les hémorragies de l'ovaire non gravide : c'est dans cette dernière catégorie que se range le cas qui a inspiré ce travail.

1° *Les Hémorragies de la Grossesse Ovarienne.*

Elles sont dues à la rupture de l'ovaire, évolution

habituelle de cette grossesse ectopique. Dans la pratique, du fait de l'extrême rareté de la grossesse ovarienne, on ne doit compter avec elles que d'une façon exceptionnelle. Cependant, l'étude d'une soixantaine de pièces opératoires, la plupart prélevées à l'occasion d'accidents hémorragiques, rend cette grossesse incontestable. Tout récemment encore, MOULONGUET, en même temps qu'il passait en revue les observations publiées, en rapportait un cas nouveau, très démonstratif, avec rupture et hémorragie intrapéritonéale peu abondante (Obs. VIII).

L'ovule, précocement fécondé, avant la ponte ou au moment de celle-ci, se fixe au lieu même où il a mûri. Il s'incruste dans le tissu ovarien dont la rigidité et la structure compacte s'opposeront à son développement. Rapidement, la corticale ovarienne, normalement peu vasculaire, devient le siège d'une circulation intense. Toutes les conditions sont réunies pour que (hors les cas exceptionnels où la grossesse va à terme) l'ovaire se rompe précocement, et pour que sa rupture, en même temps qu'elle tue l'œuf, entraîne une hémorragie. La précocité habituelle de cette rupture explique que le diagnostic de grossesse ectopique ne soit pas toujours porté, parce que les accidents qui l'interrompent, précèdent les signes mêmes de la gravidité. Le plus souvent, d'après BANKS, la rupture survient vers la troisième semaine, donc avant tout retard de règles (Obs. IX-X).

Plus rarement, le tableau clinique est celui de la grossesse tubaire : l'interrogatoire apprend l'existence d'un retard de

règles plus ou moins considérable (de une semaine à deux et trois mois (Obs. XI-XII). Les accidents de rupture peuvent être précédés de métrorragies peu abondantes « distillantes », (Obs. VIII).

Le plus souvent, les accidents débutent brutalement, avec perte de connaissance et signes de réaction péritonéale. Mais, dans la plupart des cas, les symptômes initiaux rétrocèdent rapidement, et l'évolution se fait vers l'enkystement de l'épanchement. Du fait de la précocité de la rupture, la vascularisation n'a pas eu, en effet, le temps d'atteindre un développement considérable. Cependant, même dans la rupture très précoce, sans retard de règles (Obs. IX), l'inondation péritonéale est possible. Mais elle n'a presque jamais le caractère foudroyant de l'hémorragie par rupture de la trompe gravide.

De toute façon, les indications thérapeutiques restent les mêmes que dans les accidents de la grossesse tubaire. Le plus souvent, d'ailleurs, on intervient avec le diagnostic de grossesse tubaire rompue ou avortée. A l'intervention, on constate l'intégrité de la trompe ; on trouve, par contre, des lésions hémorragiques au niveau de l'ovaire. On enlève les annexes du côté malade. L'examen microscopique confirme l'absence de toute altération gravidique tubaire, et précise l'origine gravidique au contraire des lésions ovariennes.

2° *Les Hémorragies de l'Ovaire non gravide.*

Le rôle de l'ovaire avait été anciennement indiqué par Nélaton, Denonvilliers, Gallard, Trousseau. Mais peu à peu, la notion sans cesse prépondérante du rôle de la

grossesse tubaire, avait fait tomber ces enseignements dans l'oubli. Des publications en ces dernières années leur rendent leur juste valeur :

JAYLE, en 1909, analysant les travaux parus sur la question, retenait une quinzaine d'observations.

TARTANSON étudiant l'ensemble de la question dans un esprit analogue, rapportait, la même année, dans sa thèse, un certain nombre de cas indiscutables.

LECÈNE et R. TAITZ, en 1914, après avoir examiné de nombreuses observations, n'en retenaient que treize, à leur avis absolument probantes. Et ils apportaient une quatorzième observation, personnelle.

Depuis une dizaine d'années, de nombreux cas nouveaux ont été publiés par les chirurgiens de tous les pays, avec preuves anatomiques et histologiques à l'appui.

Ajoutons à toutes ces publications, le témoignage tout récent, et inédit, de l'observation suivante qu'a bien voulu nous communiquer notre Maître, M. le Docteur ROBERT MONOD.

Mme Sch., 25 ans, mullipare.

Réglée à 13 ans. Depuis quelque temps, époques irrégulières avec tendance au retard : à deux reprises, retard de 20 à 25 jours. Règles abondantes, durée 7 jours, douloureuses au début, souvent annoncées par des battements siégeant au niveau de l'anus.

— Le 10 avril au soir, étant à table chez sa mère, elle

ressent une douleur assez vive au niveau de l'anus, qu'elle croit être la douleur habituellement annonciatrice de ses règles dont la date est proche. Mais la douleur gagne bientôt tout l'abdomen, et l'oblige à s'étendre. Au moment où elle veut se relever, elle est prise d'une courte syncope.

Une demi-heure après, elle prend un lavement qui la soulage beaucoup. Se sentant mieux, elle rentre chez elle.

— Le lendemain, Mme Sch. se trouve assez bien. Elle se lève, mais ne sort pas, car elle éprouve encore des douleurs vagues dans le ventre.

— Le surlendemain matin, 12 avril, elle se sent un peu oppressée et se fait mettre quelques ventouses.

Elle va chez sa mère, où elle est reprise par une syncope à la suite d'une tentative, douloureuse, de gymnastique.

Elle rentre chez elle et a une deuxième syncope vers cinq heures du soir : A ce moment, les douleurs abdominales se précisent et se localisent à droite, s'accompagnant d'état nauséeux. Elle est vue par deux médecins qui font le diagnostic d'appendicite.

Je suis appelé dans la soirée à 2 heures.

La malade se plaint d'état nauséeux et d'une angoisse respiratoire assez marquée.

Le facies n'est pas décoloré; il est peu altéré. Aucun signe d'anémie. La température est à 38,5; le pouls à 100.

Je constate une douleur abdominale, plus marquée dans la fosse iliaque droite, où il existe de la défense de la paroi.

N'ayant pas à ce moment la notion des petites syncopes qui se sont produites dans la journée; la malade, qui a déjà

eu antérieurement deux crises d'appendicite, n'accusant aucun retard de règles, et attendant au contraire ses règles pour le lendemain; le facies n'étant en aucune façon celui d'une anémique, je confirme le diagnostic de crise d'appendicite de moyenne intensité. Etant donnée l'heure tardive, je décide d'intervenir le lendemain matin.

Intervention. — Incision de Mac Burney; dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule par la plaie un flot de sang noir.

Je pratique immédiatement une laparatomie médiane, et me trouve en présence d'une grande inondation péritonéale: le ventre est rempli de sang que j'étanche avec des compresses abdominales.

Je vais immédiatement aux trompes. A ma grande surprise, elles sont saines l'une et l'autre, sans aucune trace de rupture. Le cul de sac de Douglas est rempli de volumineux caillots que j'extrais à la main.

Les ovaires apparaissent alors : ils sont polykystiques. Mais l'ovaire gauche est plus volumineux: on remarque qu'il est porteur d'un kyste hématique, du volume d'une petite noix, sur la paroi duquel rampe un petit vaisseau qui est rompu, et paraît être la source de cette abondante hémorragie. Du sang s'écoule en effet à ce niveau, et la pression du kyste augmente le saignement.

Je pratique alors la castration unilatérale gauche.

L'examen rapide de l'abdomen ne montre aucune autre source d'hémorragie. Au cours de cet inventaire, j'enlève l'appendice, qui est adhérent, congestionné au niveau de son extrémité, nettement malade. Et, après une dernière toilette

du péritoine, je ferme la paroi, en laissant un petit drain. On injecte de l'huile camphrée, et 500 cc. de sérum sous-cutané.

Dans le courant de l'après-midi, du sang s'écoule en abondance par le drain, traversant le pansement. Je suis alerté; et j'avoue que, étant donnée la source minime de cette hémorragie dont l'abondance rappelait celle des grandes inondations par rupture de grossesse tubaire, malgré l'examen très complet et prolongé à dessein, de l'abdomen, je n'étais pas très éloigné d'admettre la possibilité d'une autre source d'hémorragie. Mais il s'agissait seulement du rejet de sang, accumulé sous le diaphragme. Le pouls était excellent, bien frappé et régulier. L'opérée ne donnait pas l'impression de saigner. Et, le pansement changé, aucun écoulement de sang n'apparut dans la suite. Les suites furent très normales; et, malgré l'abondance de l'hémorragie, la malade qui reprit rapidement ses forces, put quitter la maison de santé le onzième jour.

L'examen du sang, pratiqué le surlendemain de l'intervention, montra:

— un temps de saignement normal,
— un temps de coagulation légèrement accéléré (cinq minutes),
— une anémie à 3.100.000 hématies,
— un taux d'hémoglobine à 75 %,
— une polynucléose légère.

L'examen histologique pratiqué sur les pièces opératoires

par le Professeur LECÈNE, confirma l'origine de l'hémorragie :

« Hémorragie d'origine ovarienne.

Les diverses coupes, passant au niveau de la fissure ovarienne, montrent que la rupture s'est faite au niveau d'un corps jaune qui est éclaté, et qui est le siège d'un volumineux hématome récent, non organisé.

On ne met nulle part en évidence d'éléments fœtaux, ou de réaction de type décidual, pouvant faire penser qu'une grossesse ovarienne aurait été la cause de la rupture.

Il n'existe pas non plus trace d'inflammation au niveau du corps jaune.

Quant au fragment d'appendice, il montre des lésions inflammatoires chroniques, peu marquées. »

En résumé, il s'agit d'une inondation péritonéale par rupture d'un corps jaune, au moment des règles, chez une femme jeune, sans antécédents pathologiques, sans tare sanguine, et chez laquelle l'intervention a montré des altérations polykystiques des deux ovaires.

A étudier les cas publiés d'hémorragies d'origine ovarienne, on constate que l'hémorragie se produit, tantôt au niveau d'un ovaire normal, tantôt — et dans la plupart des cas — au niveau d'un ovaire altéré.

I. — ***Hémorragies au niveau d'un ovaire normal.***

Elles sont rares, mais incontestables. Elles se produisent à partir de follicules de DE GRAAF ou de corps jaunes au

niveau desquels l'examen histologique ne révèle aucune altération particulière.

Les hémorragies d'origine folliculaire se produisent généralement au moment des règles (Obs. XII) au niveau du follicule à maturité. Normalement la rupture de ce follicule entraîne dans le péritoine un épanchement de sang insignifiant, qu'on peut constater si une intervention abdominale est faite à la période menstruelle. Mais cette hémorragie, très rapidement résorbée, reste sans histoire clinique. Il faut donc admettre, à l'origine des cas qui nous occupent, certaines conditions anormales, qui sont d'ailleurs difficiles à préciser. GALLARD qui, anciennement, avait fondé sa théorie de la ponte extra-utérine pour expliquer ces accidents, invoquait une congestion passagère. exagérée au moment des règles. Mais on ne peut guère admettre cette explication physiologique de faits aussi exceptionnels et hautement pathologiques. Peut-être pourrait-on soupçonner l'intervention passagère d'un processus hémogénique? C'est là évidemment une simple hypothèse. Mais, dans les observations que nous avons pu parcourir, nous avons été surpris de ne l'avoir jamais trouvée émise. Il semble en tous cas que des recherches orientées en ce sens pourraient avoir quelque intérêt, et apporter peut-être quelques éclaircissements sur la pathogénie jusqu'à présent si obscure, de ces accidents.

Ces réflexions s'appliquent aussi bien aux hémorragies par rupture de corps jaune normal (Obs. XIII-XIV), exceptionnelle aussi dans doute, mais non moins certaines.

II. — *Hémorragies au niveau d'un ovaire altéré.*

Pratiquement, c'est l'éventualité de beaucoup la plus fréquente. L'hémorragie se fait alors:

— soit à partir de lésions néoplasiques de l'ovaire: on en a rapporté quelques cas exceptionnels (Obs. XXIV),

— soit à partir de kystes hématiques, folliculaires, ou de kystes du corps jaune, développés dans des ovaires scléro-kystiques. C'est la règle.

Au moment de la rupture du follicule à maturité, un léger épanchement de sang se produit dans l'ovaire: soit en plein tissu ovarien, donnant un foyer d'apoplexie qui pourra à son tour se rompre dans le péritoine; soit à l'intérieur d'une cavité préexistante, cavité folliculaire ou cavité d'un corps jaune. L'hématome ainsi constitué est le plus souvent résorbé. Mais si, par des circonstances anormales, la résorption ne se fait pas, et si l'hémorragie continue dans la cavité close, un kyste hématique se forme (1). La distension de la poche kystique s'accroît donc peu à peu, sous l'influence de poussées hémorragiques successives. A un moment donné, le kyste risque d'éclater sous l'influence la plus minime: un traumatisme, une poussée menstruelle (la rupture du follicule à maturité, dans l'intérieur du kyste, augmentant brusquement sa tension).

La malade de l'observation était au moment d'avoir ses règles, et il n'est pas interdit de penser que cette circons-

tance physiologique ait pu favoriser l'apparition des accidents. Peut-être aussi faut-il invoquer dans son cas l'influence de la légère réaction péritonéale constatée autour de l'appendice.

Souvent, d'ailleurs, aucune cause provoquante ne peut être retenue. On sait la fragilité extrême de ces poches kystiques qu'on peut rompre au cours de l'intervention ou du simple examen (JAYLE rapporte deux cas personnels de rupture pendant l'examen sous anesthésie, avant d'intervenir, dans un cas pour une annexite, dans l'autre pour une éventration).

Ces kystes hématiques sont souvent multiples; l'ovaire peut en être criblé. Ils sont de volume variable, d'un pois à un œuf de poule. Ils peuvent finalement occuper tout le tissu ovarien qui, refoulé excentriquement, est alors réduit à une très mince coque. Ils sont le plus souvent bilatéraux (il en était ainsi chez la malade du Docteur MONOD).

En même temps que ces lésions kystiques, se développent généralement des lésions de sclérose: l'ovaire est alors scléro-kystique. A l'intervention, des adhérences réunissant l'ovaire à la trompe, peuvent rendre sa libération difficile. A la coupe, il présente des lésions de sclérose vasculaire (ce qui explique la continuité et l'abondance souvent considérable de l'hémorragie), associées à une sclérose du stroma. Des travées fibreuses séparent de petites cavités kystiques: les unes ont un contenu clair; elles sont caractéristiques de l'ovarite scléro-kystique. Les autres ont un contenu sanguin et sont développées aux dépens de follicules en régression ou

de corps jaunes: l'examen microscopique est nécessaire pour préciser leur origine.

Mentionnons enfin que, à côté de ces hémorragies intra-kystiques secondairement rompues dans le péritoine, on a signalé la possibilité d'hémorragies isolées à l'intérieur du stroma ovarien. Le mécanisme de leur développement et de leur rupture ultérieure n'a rien de spécial. Il est également conditionné par la sclérose parenchymateuse et vasculaire.

Tous ces faits (hémorragies dans un kyste folliculaire ou luteinique, hémorragie à l'intérieur du tissu de soutien) sont donc très voisins. Reposant sur le même substatum anatano-pathologique, on comprend que leur coexistence soit fréquente.

Cependant, à parcourir l'ensemble des observations que nous avons pu recueillir, il nous a paru que, le plus souvent, la cause de l'hémorragie avait été trouvée au niveau d'un corps jaune rompu

ÉTUDE CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

Dans ses grandes lignes, le tableau clinique est celui de la grossesse tubaire rompue ou avortée.

Le début peut être brutal, survenant en pleine santé (Obs. XVII-XX). Il peut être précédé de métrorragies (Obs. XVIII). Fréquemment il se fait en plusieurs temps, par une succession de poussées douloureuses dans l'intervalle desquelles la malade ne souffre pas, mais reste fatiguée (Obs. XIV-XIX). Dans l'observation précédente, la malade avait eu plusieurs petites syncopes caractéristiques. Ces poussées douloureuses et ces lipothymies coïncident fréquemment avec les périodes menstruelles (Obs. du Docteur Monod. Obs. XIX).

Les signes d'hémorragie interne du début sont presque toujours moins accentués que dans les accidents tubaires; dans l'observation précédente, le facies de la malade, malgré l'inondation, n'était pas décoloré. Le pouls était à 100, mais la température à 38°,5 suffisait à expliquer cette accélération.

La fièvre est en effet fréquente. Elle traduit probablement la résorption sanguine, et non une poussée inflammatoire. Elle contribue largement à faire porter un diagnostic erroné, tel que celui d'appendicite (Obs. du Dr MONOD. Obs. XVI), ou d'annexité (Obs. XIX-XX).

Dans les cas où on diagnostique l'inondation ou l'hématocèle, on pense aussitôt à une grossesse tubaire rompue, et c'est l'intervention qui montre la cause véritable de l'hémorragie. Cependant, dans quelques cas, certaines particularités pourraient faire éliminer, dès l'examen clinique, la grossesse comme origine des accidents. Ce sont: la virginité anatomique dûment constatée; l'intégrité du col, qui n'est pas augmenté, qui est de consistance normale, qui ne laisse jamais suinter ces pertes brunâtres, chocolat, si importantes dans le diagnostic de l'hématocèle par rupture tubaire. Les renseignements fournis par l'interrogatoire au sujet des antécédents, ne sont eux-mêmes pas complètement dénués d'intérêt. On les acceptera sans doute sous toutes réserves; mais on ne les rejettera pas systématiquement, surtout s'ils s'accordent avec la notion que l'on a déjà du milieu social de la malade, et avec certaines constatations objectives. Cependant, l'interprétation de ces faits reste délicate. Et le médecin, obnubilé par la notion de gravidité à l'origine de toutes les hématocèles, n'arrivant pas à faire cadrer l'idée d'une grossesse extra-utérine avec l'ensemble clinique de la maladie, hésite souvent à accepter le diagnostic d'hémorragie interne. Il pense à la torsion d'un kyste, à une tuberculose péritonéale aigüe, et surtout à une appendicite pelvienne.

L'évolution n'a rien de bien spécial. Elle dépend cependant de l'abondance de l'hémorragie: l'inondation cataclysmique, emportant la malade avant qu'on ait eu le temps d'intervenir, semble exceptionnelle. Dans le cas du Docteur MONOD, il s'agissait d'une hémorragie très abondante; et cependant le tableau clinique n'avait le caractère de gravité extrême qu'il est habituel de trouver dans les cas analogues d'inondation par rupture tubaire. Habituellement il s'agit d'hémorragie de moyenne abondance, plus rarement d'hémorragie minime.

Si le traitement chirurgical est institué aussitôt les accidents diagnostiqués, la guérison est la règle. Si on n'intervient pas, le plus souvent l'hémorragie s'arrête sous l'influence d'un traitement médical approprié, ou tout au moins les phénomènes inquiétants s'amendent. Ultérieurement, on intervient sur la collection sanguine en kystée.

Signalons la possibilité, même si la malade est mise au repos absolu, de poussées successives, avec chaque fois augmentation de la tuméfaction, et accentuation des signes d'anémie.

La suppuration de l'hématocèle est assez rare.

TRAITEMENT

C'est celui de toute inondation et de toute hématocèle. Il faut intervenir chirurgicalement, et par voie abdominale.

Il semble logique d'opérer dans les heures qui suivent l'apparition des accidents, pour arrêter l'hémorragie, par la ligature du vaisseau qui saigne. Mais l'inondation cataclysmique étant ici plus rare, les indications d'urgence paraissent moins absolues. La gravité des accidents du début doit être mise en partie sur le compte du shock nerveux, résultant de l'irruption brusque du sang dans le péritoine. Et, dans tous les cas que nous avons trouvés rapportés où, pour une raison quelconque, on avait temporisé, la malade a guéri après une intervention plus tardive, faite dans des conditions favorablement influencées par un traitement médical préparatoire.

Cependant — la moindre gravité de leur évolution admise — étant données la rareté de ces hémorragies par rapport à celles de la trompe gravide, et la quasi-impossi-

bilité pratique de leur diagnostic étiologique, il semble préférable, dans tous les cas d'inondation, de se comporter comme s'il s'agissait fatalement de rupture tubaire : on interviendra donc par laparatomie dans le plus bref délai.

Un point important du traitement est de savoir la conduite à tenir vis-à-vis des organes, source de l'hémorragie. Dans toutes les observations que nous reproduisons, on s'est borné à enlever en bloc, les annexes du côté malade. JAYLE, en 1909 (*Revue de Gyn. et d'Obst.*, p. 190), conseillait de pratiquer systématiquement, sauf contr'indications particulières, l'oophorectomie double. Pour cet auteur, en effet, l'ovarite hémorragique est toujours bilatérale, même si, à l'intervention, les lésions paraissent limitées à un côté. Ce traitement, à la fois curatif, et prophylactique d'accidents hypothétiques, paraît excessif. Le chirurgien n'a pas le droit de faire une intervention aussi complète, qui entraînerait outre la stérilité, des troubles par disparition de la secrétion ovarienne, chez des femmes jeunes le plus souvent. La récidive de l'hémorragie est en effet possible, après castration unilatérale (Obs. XXIII). Mais, de même que dans la grossesse tubaire (où les récidives du côté opposé sont fréquentes, et où les accidents hémorragiques ont une gravité immédiate plus grande que dans les accidents qui nous occupent) on doit se tenir à l'opération minima. On ne renoncera à la conservation partielle que dans les cas, rares, où elle paraîtra tout à fait impossible ou nuisible.

CONCLUSIONS

I. — A côté de l'hématocèle et de l'inondation péritonéale par rupture de grossesse tubaire, il existe des hémorragies intra-péritonéales beaucoup plus rares, indépendantes de toute altération gravide ou inflammatoire de la trompe.

Ces hémorragies ont trois origines possibles: péritonéale, utérine, ovarienne:

— l'origine péritonéale ou utérine est très rare;

— l'origine ovarienne est plus fréquente. Il peut s'agir alors:

  — de rupture de grossesse ovarienne,

  — ou de rupture de follicules de De Graaf, ou de corps jaunes. Dans quelques cas, follicule ou corps jaune rompus ont une structure normale, et la cause de l'hémorragie demeure hypothétique. Dans la règle, la rupture se fait aux dépens de kystes hématiques développés dans des cavités folliculaires ou des cavités de corps jaune d'ovaires scléro-kystiques.

II. — Cliniquement, ces hémorragies ovariennes donnent,

soit le tableau de l'inondation péritonéale, soit celui de l'hématocèle.

On diagnostique le plus souvent les accidents hémorragiques; mais on les attribue à une rupture de grossesse tubaire, sauf les cas exceptionnels où des signes de présomption et des nuances cliniques s'opposent à cette interprétation étiologique.

Pratiquement, c'est l'examen anatomique des organes au cours de l'intervention, complété par l'étude microscopique des pièces opératoires, qui précise l'origine de l'hémorragie.

III. — Le traitement est celui de la grossesse tubaire rompue: l'intervention chirurgicale par voie abdominale. Comme les cas envisagés ont rarement une évolution suraiguë, les indications d'urgence peuvent sembler moins absolues. Cependant, la cause de l'hémorragie restant une découverte opératoire, la règle, classique dans les accidents de rupture de la trompe gravide, doit être strictement appliquée: on pratiquera la laparatomie dans le plus bref délai.

On se bornera le plus souvent, à l'opération minima, la castration unilatérale.

Vu, *le Doyen :* Pr Roger

Vu, *le Président :* Pr Lecène

Vu, et permis d'imprimer,

le Recteur de l'Académie de Paris : Charléty.

Observations

Obs. I. — CHURCHMANN. (*the American J. of the Med. Sc.*, tome CXLII, p. 825.)

Malade sans antécédents hémophiliques, ni hémogéniques, amenée d'urgence après une douleur abdominale aiguë, avec tous les signes d'une inflammation péritonéale, et présence d'un épanchement libre dans l'abdomen.

Un litre de sang dans le péritoine, sans aucune altération d'aucun organe, en dehors de quelques ecchymoses péritonéales.

Mort après l'intervention. L'autopsie ne renseigne pas davantage sur la source de l'hémorragie.

Obs. II. — COOKE HIRST. (*University of Pensylvanie Med. Bull* 1929, p. 260.)

Au cours d'une intervention pour inondation, on découvre une rupture d'une veine variqueuse du plexus utéro-ovarien, avec intégrité complète de l'utérus et des annexes.

Obs. III. — CARAVEN (*Presse Médicale* 1910, p. 628.)

Malade opérée d'une amputation du col utérin hypertrophié. Dans les mois qui suivent, les règles sont très peu abondantes et ne durent qu'une demi-journée.

Peu de douleurs pendant l'écoulement ; mais aussitôt après, dou-

leurs très intenses à type de coliques bilatérales, nettement rapportées à la région annexielle. Ventre ballonné. A chaque fois, persistance de ces troubles pendant 8 jours.

Les douleurs toujours très intenses à chaque période menstruelle, siègent de plus en plus haut, finissant par irradier à tout l'abdomen.

L'examen, pratiqué, 6 mois après le début des malaises, permet le diagnostic de retention des règles par sténose cicatricielle très serrée du col.

A l'intervention : hématocèle pelvienne typique, retro-utérine, avec quelques lésions de pelvi-péritonite séreuse.

Obs. IV. RUSSEL ANDREWS. (*J. of Obst. and Gynécol. of the Br. Emp.* Juin 1911.)

Jeune fille de 14 ans, jamais réglée. Depuis quelques mois, douleurs intermittentes peu intenses dans le bas-ventre. Tuméfaction hypogastrique arrondie et lisse, avec en arrière et au-dessous d'elle une tuméfaction pelvienne large et étalée.

Imperforation de l'hymen.

A l'intervention : utérus gros comme à deux mois. Annexes saines.

La cavité péritonéale est occupée par une quantité de sang notable.

Obs. V. — POLLOSON. (*Soc. de Chirurgie de Lyon.* 2 juin 1904. (Obs. rapportée par Tartanson. Thèse de Lyon 1908-1909.)

Femme de 40 ans, nullipare. Pas d'antécédents pathologiques. Menstruation toujours régulière. Durée des règles un peu augmentée dans ces dernières années.

Brusquement, prise dans la rue par de violentes douleurs abdominales plus marquées à gauche. On ramène la malade chez elle.

Dans la nuit, les douleurs persistent. Quelques vomissements surviennent.

Après une amélioration légère, la malade est transportée à l'hôpital : 38°2, pouls à 100.

A l'examen, tumeur abdominale dure, arrondie, du volume d'une tête de fœtus.

Submatité dans le flanc gauche.

On porte le diagnostic de fibrôme utérin. Au sujet des accidents aigus, on n'émet que des hypothèses (appendicite ?. Grossesse tubaire rompue ? Torsion d'un petit kyste ovarien ?).

Laparatomie : un litre de sang dans le péritoine. Après toilette, on enlève le fibrome par hystérectomie subtotale. Trompes et ovaires normaux.

A l'examen de la tumeur, on trouve à sa surface, au milieu d'arborisations veineuses distendues et d'aspect variqueux, une grosse veine présentant une déchirure évidente comblée par un caillot qui se prolonge dans le calibre du vaisseau.

Obs. VI. — STEINBRUCKEL (*Wien. Klin. Wochensch.* 1905.)

Torsion du pédicule d'un myome utérin, avec hémorragie grave.

Femme de 44 ans, multipare. Antécédents de ménorragies douloureuses.

A l'occasion d'un massage abdominal vigoureux, douleur violente dans le côté droit, bientôt étendue à tout l'abdomen, calmée par ingestion d'opiacés. Peu à peu, les simptômes s'atténuent.

Dix jours après le début de ces accidents, apparition d'une nouvelle douleur, aussi violente que la première, suivie de collapsus.

A l'examen : signes d'hémorragie interne, sensibilité abdominale vive, perception dans le bas-ventre, de deux tumeurs dures, peu mobiles.

Laparatomie : du sang liquide s'écoule sous forte pression. On découvre deux fibrômes.

Le fibrôme gauche n'a rien de particulier.

Le fibrôme droit, du volume d'une tête d'enfant, est recouvert de nombreux vaisseaux assez volumineux. Il est gris-verdâtre, partiellement nécrosé, tordu de 75° sur le pédicule qui le rattache à l'utérus.

Par une déchirure, un des vaisseaux de la superficie laisse échapper une certaine quantité de sang veineux.

Nettoyage de la cavité péritonéale. Hystérectomie subtotale. Suture. Guérison.

Obs. VII. — WHITEHOUSE (*J. of Obst. and Gyn. of the Br. Emp.*, 1922, p. 320.)

Torsion aiguë d'un utérus fibromateux, avec hémorragie intrapéritonéale.

Malade de 40 ans, multipare, qui est prise brusquement de douleurs abdominales aiguës et de vomissements, avec collapsus.

Huit ans auparavant, un gynécologue a diagnostiqué une tumeur abdominale, et a proposé une intervention qui a été refusée. Jusqu'au moment des accidents aigus actuels, la malade n'a jamais eu le moindre malaise. Règles toujours normales. Jamais de métrorragies.

A l'examen : signes d'hémorragie interne grave. Abdomen très distendu : d'une part par du liquide libre ; d'autre part, par une tumeur sortant du bassin, et dont les limites sont difficiles à préciser.

Au toucher, la tumeur n'est pas perceptible.

Température à peu près normale. Pouls à 130-140.

On diagnostique : torsion d'un fibrome pédiculé sous-péritonéal.

Laparatomie : le péritoine est plein de sang. Une volumineuse tumeur, constituée par le corps utérin augmenté par un fibrome interstitiel de sa paroi postérieure, est sortie du bassin.

Le corps utérin est complètement tordu sur lui-même, juste au-dessus de l'orifice interne du col. A sa surface courent des veines très dilatées; l'une d'elle, rompue, saigne abondamment.

Hysterectomie supra-vaginale. Guérison.

Obs. VIII. — MOULONGUET-DOLERIS. (*La Gynécologie*, Mai 1924.)

Dernières règles à leur date normale, 26 décembre, moins abondantes que normalement. 4 jours après, métrorragie peu abondante, sans douleurs, le 7 janvier, apparition de douleurs abdominales peu intenses, qui cessent, reprennent le 10, puis le 13, avec métrorragies.

Examen : signes de réaction péritonéale dans le flanc droit. Pas de fièvre. Rien au toucher. Diagnostic : appendicite.

Intervention : sang liquide, en petite quantité dans le péritoine. Gros ovaire droit ecchymotique. Trompe droite, annexes gauche et utérus normaux. Appendice normal.

Annexectomie droite.

Examen de la pièce : orifice de rupture placé sur l'ovaire, au niveau d'une masse cruorique. On pense d'abord à une rupture de kyste de corps jaune.

Mais, à la coupe, grossesse ovarienne évidente : cavité de l'œuf parfaitement visible. Dans cette cavité, l'embryon est reconnaissable comme un point blanc. Tout autour de la cavité, un caillot indique la dislocation de l'appareil de fixation de l'œuf. Le tissu ovarien entoure ces formations embryonnaires. Un corps jaune est au voisinage de l'œuf, un autre au pôle opposé de l'ovaire.

L'examen microscopique confirme le diagnostic. Il permet de préciser la situation de l'œuf par rapport aux formations ovariennes :

La limite externe de l'œuf est nette, formée par une capsule qui se continue avec le straoma cortical de l'ovaire. Au voisinage de l'œuf, se trouve un des deux corps jaunes. Entre le trophoblaste et le corps jaune, il n'y a pas de membrane limitante nette ; les villosités sont éloignées du corps jaune par l'hémorragie qui s'est infiltrée partout, mais il est certain qu'avant les ruptures vasculaires, elles en étaient très rapprochées. D'ailleurs, au contact même des cellules lutéiniques existent plusieurs amas cellulaires multinucléés qui, à un grossissement suffisant, ont une certaine ressemblance avec des mégacaryocytes, et qui sont, évidemment, des éléments embryonnaires, éléments avancés du trophoblaste en quête de vaisseaux maternels. Le développement des vaisseaux situés au pourtour du corps jaune est énorme, cette hyperplasie étant sollicitée par l'action, si remarquable à ce point de vue, du trophoblaste.

L'embryon est fort anormal, à ce point que son âge exact n'a pu être déterminé.

Obs. IX. — HERRENSCHMIDT. (*Société Anatomique de Paris*, 1906, p. 289.) (Résumé par Moulonguet. La Gynécol. Mai 1924.)

Malade qui, sans aucun retard de règles, présente des phénomènes syncopaux avec douleurs abdominales.

Diagnostic : hémorragie interne.

A l'intervention : inondation péritonéale provenant d'une rupture de l'ovaire. L'ovaire n'est pas augmenté de volume. Il présente des villosités.

L'œuf a été enucléé au cours de l'intervention.

L'œuf a été enucléé au cours de l'intervention.

Autour de l'œuf, couche déciduiforme. Pas de corps jaune typique.

Obs. X. — HUNTER. (*J. of Anat. and Phys.*, 1921-22, p. 57)

Pas de retard de règles. Douleurs abdominales vives avec signes de réaction péritonéale.

A l'opération, caillots dans le Douglas. Trompes intactes. Un ovaire est déchiré en un point de sa surface. Un caillot comble la déchirure.

Microscopiquement, le cas est typique : le caillot contient au centre un petit embryon de 3 à 5 millimètres. Le corps jaune est tangent au caillot, séparé de lui par du tissu conjonctif. Réaction. déciduale ovarienne.

C'est une grossesse de moins de 20 jours.

Obs. XI. — FREUND ET THANÉ. (*Ucichav's Arch.* 1906, p. 54.)

Retard de règles de 3 mois. Inondation péritonéale, dont la cause est trouvée au niveau d'un ovaire rompu.

L'ovaire contient un embryon parfaitement reconnaissable de 13 m/m. Villosités choriales.

Obs. XII. — JASCHKE. (*Zeit. f. Geb. et Gyn.*, 1916, p. 181.)

Retard de règles de deux mois. Malade vue avec un ensemble de signes qui font porter le diagnostic de grossesse ectopique rompue.

Caillots dans le ventre. Ovaire de la taille d'un œuf rompu, contenant un embryon de 12 m/m. Pas de corps jaune.

Obs. XIII. — CRANWELL. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1912, p. 185.)

Inondation péritonéale par rupture d'un follicule de De Graaf.

Femme de 24 ans, sans antécédents pathologiques, multipare. Bien réglée. Entre à l'hôpital pour des douleurs aiguës, datant de huit jours, siégeant à l'hypogastre et dans les fosses iliaques, accompagnées de nausées et de vomissements.

Signes d'hémorragie interne. Température à 36°7. Ventre ballonné, mais souple. Matité mobile dans les flancs.

A noter qu'il n'y a pas eu d'interruption des règles. La malade est au moment où elle les attend.

Laparatomie : un litre de sang dans l'abdomen. L'utérus et les trompes sont normaux. L'ovaire gauche est un peu augmenté, avec, sur sa face supérieure, un petit orifice par lequel le sang s'écoule en abondance.

Ablation de l'ovaire et de la trompe gauches. Guérison.

Examen histologique. Au centre de l'ovaire gauche, cavité de 11 m/m, communiquant avec l'extérieur par un orifice de 2 m/m. La cavité correspond à une vésicule de De Graaf rompue.

On n'a pu trouver sur les coupes aucun vaisseau rompu pouvant expliquer une hémorragie aussi considérable, ni rien qui puisse faire supposer une grossesse ovarienne.

Obs. XIV. — OTTO ENGSTROM. (*Archiv. für Gynak.*, 1907, p. 60.)

Hématocèle pelvienne abondante, consécutive à une hémorragie provenant d'un corps jaune.

Femme de 40 ans, ayant eu antérieurement sept grossesses normales, et qui, en même temps que quelques irrégularités de ses règles, eut à plusieurs reprises, des douleurs violentes, mais passagères, localisées au bas ventre et à la région ombilicale.

Une crise plus violente que les autres se produisit en décembre 1905, et s'accompagna de phénomènes de réaction péritonéale. L'examen montra que le Douglas était tendu et fluctuant, très douloureux. Une ponction exploratrice à son niveau, ramena du sang noir. On fit le diagnostic de grossesse extra-utérine, et la malade fut mise en observation. Quelques jours après, apparurent des métrorragies qui persistèrent plus ou moins abondantes, jusqu'à l'opération.

L'auteur vit la malade le 2 janvier 1906 : elle était pâle et anémiée. L'examen montra que l'utérus était entouré par une masse de consistance pâteuse qui remplissait tout le petit bassin, et faisait bomber le cul de sac postérieur. On parvenait à sentir l'origine des trompes, mais on les voyait presque aussitôt se perdre dans la masse périutérine. On pratiqua une nouvelle ponction, qui ramena du sang, et on confirma le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Opération le surlendemain : nombreux caillots sanguins. Les deux trompes et l'ovaire droit étaient sains. L'ovaire gauche était recouvert de caillots adhérents, et paraissait avoir été le point de départ de l'hémorragie. On l'enleva. Guérison.

L'examen de la pièce montra que l'hémorragie provenait d'un corps jaune rompu.

Obs. XV. — BARTELS. (*Ugerskrift f. Læger*, 5 juin 1919.)

Femme de 30 ans. La veille de la date de ses règles, éprouve une douleur abdominale brutale. Signes d'hémorragie intrapéritonéale grave.

A l'intervention : abondante hémorragie interne, dont la source est trouvée au niveau d'un ovaire.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une rupture d'un corps jaune. Sur des coupes en série, on ne trouve aucune trace de grossesse.

Obs. XVI. — NOVAK. (*J. of the American Med. Assoc.*, 21 avril 1917.) Jeune fille de 15 ans, examinée à l'ocasion de phénomènes douloureux aigus abdominaux, qui font porter le diagnostic d'appendicite aiguë. A l'examen, on a été frappé par la pâleur de la malade.

Il s'agit d'une abondante hémorragie, dûe à la rupture d'un kyste folliculaire qui saigne encore, au niveau d'un ovaire polykystique. Vérification histologique.

Obs. XVII. — DE ROUVILLE. (*Revue de Gyn. et d'Obst.*, 1908, p. 222.)

Malade de 33 ans. Brusquement, douleur atroce dans le bas-ventre avec tendances syncopales.

Examen deux jours après : pâleur, pouls bas, un peu rapide. L'ensemble des signes cliniques fait diagnostiquer une hématacèle par rupture de grossesse tubaire. On n'intervient pas, pouls, facies et température étant en faveur de l'arrêt de l'hémarrogie.

Dix-huit jours plus tard, nouvelle poussée aigüe douloureuse dans le bas-ventre, avec altération de l'état général, et augmentation de la tuméfaction du Douglas.

Intervention: Volumineuse hématocèle. Trompes saines. Ovaire gauche scléro-kystique. Ovaire droit porteur d'un kyste hématique rompu, qui laisse s'écouler un liquide sanguinolent. On l'enlève. Drainage vaginal. Guérison.

Examen histologique: aucune trace d'œuf dans les caillots; kyste folliculaire hémorragique rompu. Ovaire microkystique, avec lésions hémolymphangiomateuses.

Obs. XVIII. — BENDER ET MARCILLE. (*Tribune Médicale*, 1904.)

Inondation péritonéale par rupture d'un kyste folliculaire hémorragique de l'ovaire.

Malade de 26 ans, présente un ensemble de signes cliniques tels, qu'on porte d'emblée le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue,

avec inondation péritonéale. Les commémoratifs sont en faveur de cette opinion: retard de règles de quelques jours, il y a trois mois. Puis, les règles ont reparu, mais plus abondantes, et suivies de métrorragies.

Laparatomie d'urgence. Inondation d'un litre et demi. Annexes gauches recouvertes d'un volumineux caillot, sous lequel elles apparaissent volumineuses et congestionnées. Elles sont extirpées.

Examen des pièces: trompe saine; ovaire porteur d'un kyste hématique du volume d'une noisette, largement déchiré. Au pourtour du kyste, infiltration sanguine accentuée du tissu ovarien. Plusieurs kystes hématiques non rompus sont découverts à la coupe.

Histologiquement, par examen de coupes en série : kyste folliculaire développé dans l'épaisseur de l'ovaire, ensuite partiellement énucléé, puis rompu. La plupart des autres kystes hématiques sont d'origine folliculaire.

Obs. XIX. — JAYLE. (*Revue de Gyn. et de Chir. Abd.*, 1909.)

Hématocèle par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire.

Malade de 42 ans, vierge. Règles régulières, très abondantes, durant sept jours, douloureuses.

Le 13 octobre, la malade a ses règles, et il persiste à leur suite, pendant quelques jours, une sensation de pesanteur dans le bas-ventre. En même temps, très grande faiblesse. En novembre, les règles suivantes viennent comme d'ordinaire, mais à leur suite, la malade souffre de nouveau pendant huit jours, puis se sent bien pendant quinze jours. Le 4 décembre, les règles viennent avec six jours d'avance, cette fois moins douloureuses, mais aussi abondantes ; elles durent sept jours. La malade reste fatiguée les huit jours qui suivent. Le 6 janvier, les règles reparaissent. Le 3e jour, la malade est prise de fortes douleurs abdominales, en même temps que d'étourdissements, et elle n'a pas la force de se déshabiller. A partir de ce moment, les douleurs sont permanentes : très grandes pendant les règles, elles persistent après. Elles siègent dans tout l'hypogastre, et jusque dans les reins et les cuisses.

L'état général est médiocre. Amaigrissement, très grande anémie. La malade ne peut se tenir debout sans se plier en deux.

Examen : On sent une masse occupant tout le pelvis, faisant corps avec le col. On pense à un fibrome avec annexite et péritonite.

Opération le 19 janvier: volumineuse hématocèle. Trompes congestionnées, mais sans aucune lésion. L'ovaire gauche contient deux petits kystes rompus, dont l'un laisse suinter du sang. Ablation des annexes des deux côtés.

Examen des pièces : Rien aux trompes. Chacun des deux kystes rompus, est entouré d'une multitude de petits vaisseaux hypertrophiés. Quelques-uns d'entre eux sont rompus, et leur contenu s'est infiltré dans tout le tissu environnant. D'autres se sont épanchés dans les deux petits kystes dont les parois, sous l'effort de la pression, se sont rompues, et ont donné naissance à l'hémorragie intrapéritonéale. Le suintement continuant, il s'est développé progressivement, et sans doute en plusieurs fois correspondant aux crises douloureuses, une hématocèle considérable.

Un troisième kyste non rompu, ne présente pas d'hémorragie interne. Mais il est entouré d'une zône vasculaire considérable, donnant au tissu ovarien une apparence angiomateuse.

Obs. XX. — WHEELTON HIND. (*La Cynéc.* 1915, p. 443.)

Femme bien portante, mariée depuis six semaines, bien réglée. Brusquement douleurs abdominales et collapsus grave. Laparatomie le lendemain: caillots abondants dans le péritoine. Utérus et trompes normaux. L'ovaire gauche, rompu, saigne. Kyste sanguin développé à l'intérieur d'un corps jaune. Pas trace de villosités ou de caduque.

Obs. XXI. — LECÈNE et R. TAITZ. (*Annales de Gyn. et d'Obst.*, Mai 1914.)

Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un kyste de corps jaune.

Malade à antécédents de salpingite. Règles très irrégulières. Brusquement douleur abdominale suivie de syncope. Le soir 39°7. Pas d'écoulement de sang.

Examen 2 jours après : utérus normal ; en arrière de lui, masse arrondie et rénitente, du volume d'une orange. Abdomen sensible, sans contracture, ni matité, température à 37°5. On diagnostique annexite avec appendicite.

Intervention douze jours après : hématocèle rétro-utérine. Un kyste hématique de l'ovaire gauche, qu'on rompt en décollant les annexes, saigne notablement. Voyant par sa déchirure, une masse villeuse, on pense (la trompe étant intacte) à une grossesse ovarienne partiellement rompue.

L'examen histologique fait le diagnostic: la paroi du kyste est formée simplement de cellules à luteine, anormalement abondantes, dissociées par l'hémorragie intra-kystique. La masse d'aspect villeux n'est qu'un caillot fibrineux, renfermant lui aussi de nombreuses cellules à luteine.

Obs. XXII. — SCHICKELÉ. *Gyn. et Obst.* 1924.)

Malade de 31 ans. Crises douloureuses successives pendant 4 jours, amenant à une laparatomie d'urgence. Hémorragie intra-péritonéale. Gros ovaire gauche. Castration unilatérale. Guérison.

Examen de la pièce: corps jaune volumineux (1 cm. 4 de diamètre) porteur d'une large déchirure. Histologiquement: foyer d'hémorragies capillaires dans la paroi du kyste, entre les cellules luteiniques bouleversées.

Obs. XXIII. — GOLDBERGER. (*New-York Obst. Soc.* 1921.)

Douleur aigüe à type d'appendicite. Contracture locale, avec masse dans le Douglas. Laparatomie. Un ovaire saigne. Castration unilatérale. Guérison.

Histol. : trompe normale; ovaire augmenté contenant un kyste luteinique rompu. Pas trace de tissu chorial.

Obs. XXIV. — TAYLOR. (*Practitioner* 1918.)

On intervient d'urgence, pour une hémorragie intra-péritonéale

grave. A l'intervention, un ovaire saigne. Son aspect macroscopique

Hémorragie par rupture d'un angio-sarcome ovarien.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un kyste du corps jaune rompu. Pas de grossesse.

Dix-huit mois plus tard, apparition brusque de nouveaux accidents, comparables aux premiers: épanchement intra-péritonéal modéré, par récidive du côté opposé.

Obs. XXV. — HARTE. (*Annals of Sargery* 1912, p. 340.)

Hémorragie par rupture d'un angio-sarcome ovarien.

Femme ayant dépassé la ménopause. Hémorragie subite et grave. Laparatomie. Bassin plein de sang. Ovaire de volume presque normal. Histologiquement : angio-sarcome.

Bibliographie

BENDER et MARCILLE. — Inondation péritonéale par rupture d'un kyste folliculaire hémorragique de l'ovaire.
(*Société Anatomique de Paris*, 1er Juillet 1904)

R. BONNEAU. — Inondation péritonéale par rupture spontanée d'une veine utéro-ovarienne.
(*Presse Médicale* 1913.)

BRUNNER. — Des hémorragies intra-péritonéales graves, dans les organes utérins.
(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aertz 1910)

CABANIÉ. — Les hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale, en dehors de la grossesse.
(Thèse de Toulouse 1924.)

CARAVEN. — Hématocèle pelvienne par sténose cicatricielle du col.
(*Presse Médicale* 1910, n° 62.)

CESTAN. — Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle.
(Thèse de Paris 1894.)

CHURCHMANN. — Hémorragie intra-péritonéale spontanée.
(The American J. of the Méd. Sc.L.CXLII. p. 825)

COOKE HIRST. — Inondation intra-péritonéale par rupture d'une veine utéro-ovarienne.
(*Univers. of Pensylvanie Méd. Bull.* 1909, p. 260.)

CRANWELL. — Inondation péritonéale par rupture d'un follicule de De Graaf.
(*Bulletin de l'Acad. de Méd.* 1912, p. 185.)

De Rouville. — Hématocèle rétro-utérine, par rupture d'un kyste folliculaire d'un ovaire microkistique, présentant des lésions hémolymphangianateuses.
(*Revue de Gyn. et d'Obst.* 1908, p. 222.)

Duhail. — Les hémorragies intra-péritonéales d'origine ovarienne en dehors de la grossesse.
(*Semaine des Hôpitaux de Paris*, 20 *Mars* 1925.)

Engstrôm Otto. — Hématocèle pelvienne abondante consécutive à une hémorragie provenant d'un corps jaune.
(*Archiv für Gynâk*, 1907, p. 60.)

Forgue et Massalnau. — Traité de Gynécologie, in Le Dentu et Delbet, 1927.

Goldberger. — Hémorragie intra-péritonéale par rupture d'un kyste lutéinique.
(New-York Obst. Soc. 1921.)

Gros et Heully. — Hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale, mais non gravidique.
(Archives Mensuelles d'Obst. et de Gyn. Paris, Mai 1913.)

Harte. — Hémorragie par rupture d'un angio-sarcane ovarien.
(*Annals of Surgery*, 1912, p. 340.)

Jayle. — L'hématocèle rétro-utérine, par rupture de petits kystes hématiques de l'ovaire.
(*Revue de Gyn. et de Chir. Abd.* 1909.)

Lecène et R. Taitz. — Hématocèle rétro-utérine, par rupture d'un kyste de corps jaune.
(*Annales de Gyn. et d'Obst. Mai* 1914.)

Moore. — Hémorragie intra-abdominale par rupture d'un corps jaune.
(*Ann. of Surgery*, 1922.)

MOULINGUET-DOLÉRIS. — Contribution à l'étude de la grossesse ovarienne.
(La Gynécologie, Mai 1924.)

PHANEUF. — Hémorragie intra-péritonéale, par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire.
(*J. Of. Am. Méd. Ass.* 1924.)

POZZI. — Traité de Gynécologie, 1907.

ROTH. — Hémorragies abdominales d'origine ovarienne.
(Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. 1927, n° 3.)

RUSSEL AUDREWS. — Deux cas de rétention des règles, dans lesquels la cavité péritonéale contenait du sang.
(*J. Of. Obst. and Gyn. of the Br. Emp.* Juin 1911.)

SARRONY. — Inondation péritonéale par hémorragie de l'ovaire.
(Bull. de la Soc. de Gyn. et d'Obst. 1924.)

SCHICKELÉ. — Le corps jaune peut-il être la source d'une hémorragie intra-péritonéale abondante ?
(Gyn. et Osbt. 1924.)

SCHWARTZ. — Hémorragies internes d'origine ovarienne.
(*Paris Médical*, 25 Juin 1926.)

STEINBRUCKEL. — Torsion du pédicule d'un myome utérin avec hémorragie grave.
(Wien. Klin. Wochen, 1905.)

TARTANSON. — Les hémorragies et l'hématocèle pelviennes intra-péritonéales, sans grossesses
(Thèse de Lyon, 1908-1909.)

TAYLOR. — Hémorragie intra-péritonale par rupture d'un kyste du corps jaune, avec récidive du côté opposé.
(Practitioner, 1918.)

TÉDENAT. — Hémorragies des fibrômes utérin
(La Gynéc., 1923.)

WALLACE. — Hémorragies intrapéritonéales, dans des cas de fibrôme utérin (J. or. Obst. and Gynéc. of the Br. Emp. 1910).

WHEELTAR HIND. — Hémorragie subite de l'ovaire
(Résumé dans la Gynécologie, 1905.).

WHITEHOUSE. — Torsion aiguë d'un utérus fibromateux, avec hémorragie intrapéritonéale.
(*J. Of. Obst. and Gyn. of the Br. Emp.* 1922.)

Imp. O. DOUSSET, 47 *bis*, av. de Clichy, Paris (17e)